Lane Medical Library

ÜBER

PERITYPHLITISCHE ABSCESSE.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER MEDICINISCHEN DOCTORWÜRDE

IN GÖTTINGEN

VON

OTTO FROMME

AUS MÜNDER.

GÖTTINGEN

DRUCK DER GEBRÜDER HOFER.

1872.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154009_0306

Wenn auch schon *Puchelt* unter den deutschen Aerzten zuerst eine anhaltende Aufmerksamkeit den Entzündungen in der regio ileocoecalis, die er mit dem Namen „perityphlitis“ benannte, widmete und schon *Dupuytren* unter den Franzosen die grosse Frequenz der Entzündungs- und Exsudationsprozesse daselbst aufgefallen war, der sie aus der Enge des Ileums beim Uebergang ins Coecum herleiten zu müssen glaubte, indem er sagt: „Ces rétrécissements en effet, en favorisant la stase des matières fécales et le séjour des corps étrangers, sont bien capable de devenir la source d'inflammation ou voisinage de l'intestin (Leçons orale de clinique chirurgicale. Vol. III. 1839), so wurde doch von den meisten Aerzten der damaligen und noch folgenden Zeit diesen krankhaften Prozessen nicht die gehörige Bedeutung beigelegt, was um so mehr zu beklagen ist, da gerade hier eine richtige Diagnose und Behandlung dem Kranken so sehr nützen kann, während eine verkehrte Therapie seinem Leben sehr gefährlich wird. Erst der vortrefflichen Schrift von *Volz*: Die durch Kothsteine bedingte Durchbohrung des Wurmfortsatzes, die häufig verkannte Ursache einer gefährlichen Peritonitis (Carlsruhe 1846) gelang es, nochmals auf diese so häufig beobachteten Entzündungs-

processe in der regio ileocoecalis das ärztliche Publicum nachdrücklich hinzuweisen, und wohl mancher Arzt musste nach Durchlesen dieser Arbeit gewiss seine Unwissenheit und seine bis dahin verkehrte Ansicht über diese Krankheit zugestehen, wohl manchem mochte ein Fall aus seiner Praxis einfallen, wo er die Ursache eines in der regio ileocoecalis erkannten Tumors sich nicht erklären konnte. Wenn nun schon in verschiedenen Schriften diese krankhaften Processe zur Genüge beschrieben sind, nnd ihre Bedeutung, die Gefahr, die sie für den leidenden Menschen haben können, allmälig hinreichend bekannt geworden ist, so hat dennoch ein Fall von Perityphlitis, den ich bei meiner ersten klinischen Thätigkeit in der Göttinger medicischen Klinik beobachtete und in der Ueberzeugung, dass in den gebräuchlichsten medicinischen Lehrbüchern wenig über diese Krankheit erwähnt war, den Entschluss in mir gereift, genauer in der Literatur über perityphlitische Abscesse nachzulesen und Einiges, darüber zu schreiben.

In Folgenden werde ich mir daher erlauben, auf die Entstehung, die Ausgänge und Therapie erwähnter Abscesse näher einzugehen, indem ich zugleich die Krankengeschichte des von mir beobachteten Falles vorausschicke.

Zuvor sage ich meinen hochgeschätzten Lehrern, Herren Hofrath *Hasse* und Professor *Krause* für die freundliche Hülfe bei dieser Arbeit meinen herzlichen Dank.

Krankengeschichte. Wilhelm F,, 16 Jahre, Barbierlehrling, machte als Kind Scharlachfieber und Masern durch, ist aber sonst von Krankheiten stets frei gewesen. Seine Eltern sind am Leben und ge-

sund. Vor drei Tagen bekam derselbe ohne irgend eine ihm bekannte Ursache Schmerzen in die rechte Unterbauchgegend, die jedoch erträglich waren, so dass er die folgende Nacht noch schlafen und am anderen Tage seine Arbeit noch verrichten konnte. Indess fing er vorgestern Mittag zu frösteln an, die Schmerzen steigerten sich besonders beim Gehen, der Appetit verlor sich, es stellte sich Durst und grosse Abgeschlagenheit ein, so dass Patient heute Morgen den 8. März Hülfe im Hospital suchte.

Bei Aufnahme des Kranken fühlt sich seine Haut kühl an, zumal an den Extremitäten; Patient, der sonst wohl genährt und kräftig ist für sein Alter, sieht matt und angegriffen aus, der Puls ist klein und frequent, Temperatur 36,8. Er klagt über Schmerzen im Leibe und wird zu Bett gebracht, in welchem er durch Wärmeflaschen erst erwärmt wird, ehe man eine genaue Untersuchung mit ihm vornimmt. Schon nach 20 Minuten zeigt sich die Temperatur auf 39,6 ° C. erhöht und ist immer noch im Steigen, so dass sie um Mittag 40,1 beträgt, der Puls ist kräftiger, voll, Frequenz 104 in der Minute, das Gesicht fängt an sich zu röthen, die Haut ist heiss, nicht ganz trocken.

Bei der Inspection zeigt sich, dass die Athmung zwar nicht frequent, aber vorwiegend thoracisch ist. Patient klagt immer noch über Schmerzen im Bauche, welche bei Bewegungen gesteigert werden. Der Leib ist mässig gross, bei der Palpation bemerkt man in der regio ileocoecalis eine undeutliche Härte in der Tiefe, welche sich etwas nach links bis unterhalb des Nabels erstreckt und in der ganzen Ausdehnung schon bei leiser Berührung sehr schmerzhaft ist, an allen übrigen Stellen ist der Bauch weich, leicht niederdrückbar, nicht empfindlich auf Druck. In der regio

ileocoecalis gibt auch die Percussion einen leer tympanitischen Schall, der nach rechts wie links rasch in einen voll tympanitischen übergebt, Leber und Milz sind nachweisbar nicht vergrössert, auch die Brustorgane bieten keine Abnormitäten dar.

Urin ist sauer, eiweissfrei, specif. Gewicht = 1,020, wird etwas beschwerlich gelassen und mit einem brennenden Gefühl in der Eichel. Die Zunge ist weisslich belegt, zeigt einen rothen Rand, der Durst des Patienten ist gross und wird durch Eiswasser und Eispillen gestillt. Stuhlgang ist seit drei Tagen nicht erfolgt, nachdem er vorher regelmässig war, Erbrechen ist nicht eingetreten.

9. März. Die Temperatur ist auf 38° gefallen, Patient hat einen Theil der Nacht gut geschlafen, nachdem Abends vorher ihm eine Morphiumgabe 0,01 gegeben; ausserdem werden ihm Emuls. papav. mit Opium innerlich und Kataplasmen auf den Bauch verordnet. Er hat die Nacht nicht delirirt, mässig getrunken, viel geschwitzt, Zunge ist nicht mehr trocken, noch weiss belegt, die lokalen Symptome sind dieselben, Schmerzen im Bauche nur bei Bewegung und Druck. Urinlassen geht nur auf starkes Drängen und mit Schmerzen, Urin normal. Am Abend steigern sich die Schmerzen spontan bei der Berührung, der Bauch wird grösser, die Härte und der leere Schall in der Ileocoecalgegend breiten sich nach links und oben weiter aus, gehen aber nicht bis an die Mitte des Bauches und überschreiten die Höhe des Nabels nicht, nach der Lumbal- und Ingninalgegend keine Schmerzhaftigkeit. Abends Steigerung der Temperatur auf 39,2, der Respirationsfrequenz auf 28 in der Minute Puls voll und kräftig, Zunge tendirt zur Trockenheit. Patient erhält Abends Morphium 0,015.

März 10. Patient hat aber trotzdem wenig Schlaf gehabt, keine Delirien, grossen Durst; er macht einen sehr leidenden Gesichtsausdruck, Temperatur 40,2; die Bauchmuskeln sind bei der Respiration vollkommen unthätig, der Bauch ist mehr aufgetrieben bis über die Mittellinie nach links hin und auch rechts oberhalb des Nabels, nach unten bis in die Ingninalgegend, auf Druck sehr schmerzhaft, Härte und Resistenz in der Ileocoecalgegend stärker, aber nicht weiter ausgebreitet. Im Laufe des Tages erfolgt zweimal galligtes, reichliches Erbrechen. Wegen anhaltender Stuhlverstopfung und der starken Auftreibung des Leibes, und da auf Calomel 0,12 keine Wirkung erfolgt, erhält er Abends ein Klystier von Senna und Ol. Ricini, erst ein zweites bewirkt eine reichliche Ausleerung von geformten, dunkeln Fäcalmassen; darauf werden vier Blutigel an die Ileocöcalgegend applicirt, und nachdem dann Patient sich erleichtert fühlt und die Schmerzhaftigkeit des Bauches sich gemindert hat, erhielt er Abends Morphium 0,015.

März 11. Aussehen des Kranken ist glacid, Allgemeinbefinden gut, er hat vortrefflich geschlafen, die Empfindlichkeit ist nur auf den Tumor in der Ileocoecalgegend beschränkt, der Bauch ist jedoch noch gross, die Athmung geschieht nur mit dem Thorax, Urinbeschwerden sind noch immer vorhanden.

Patient nimmt die Emulsion von semen papav. mit Opium weiter ein, erhält Cataplasmen auf die Ileocoecalgegend und Abends ein Morphium-Pulver 0,015.

März 12. Allgemeinbefinden ist befriedigend, die lokalen Symptome sind unverändert, der Bauch ist eher wieder etwas vergrössert, mit der gewöhnten Medication wird fortgefahren.

März 13. Die Schmerzhaftigkeit im Bauche ist wieder grösser und mehr verbreitet, der Bauch mehr aufgetrieben, die Härte und Leerheit des Schalles ist eher noch grösser geworden, Patient hat wieder mehr Durst, mehr Unbehaglichkeit und Urinbeschwerden zugleich mit Steigerung der Fiebersymptome. Derselbe erhält daher eine Gabe Calomel 0,12 und, da diese ohne Wirkung bleibt, ein Klystier von Sennainfus und Ol. Ricini, worauf eine mässige Entleerung dunkler, dünner Fäcalmassen erfolgt; es tritt Erleichterung und durch Morphium ruhiger Schlaf ein.

März 14. In der Frühe erfolgt noch zweimal reichlicher, dickbreiiger Stuhlgang. Der Bauch ist viel kleiner, nur in der Ileocoecalgegend empfindlich.

März 17. Die letzten Tage ist Patient bei gutem Allgemeinbefinden stets fieberfrei geblieben, der Durst hat nachgelassen, der Urin wird ohne Beschwerden entleert, der Appetit kehrt wieder. Allein da schon einige Zeit wieder Stuhlverstopfung vorhanden ist, so fühlt Patient sich heute wieder weniger behaglich, klagt über vermehrte Spannung im Leibe, womit auch das Grösserwerden des Bauches in vollem Einklang steht.

März 18. Es wird daher heute Morgen wieder Calomel gereicht 0,18 und zweimal reichlicher geformter Stuhlgang erzielt, darauf bekommt er Morphium 0,015 und es tritt ein fester Schlaf ein.

März 20. Der Bauch ist täglich kleiner geworden, um so deutlicher wölbt sich der Tumor in der Ileocoecalgegend hervor, welcher nur an einzelnen Stellen sich härter anfühlt und erst bei tieferem Druck schmerzhafte Empfindungen macht. Das Allgemeinbefinden ist gut.

März 23. Die Besserung ist im Fortschreiten, wegen

der anhaltenden Stuhlverstopfung und der Zunahme des Tumors an Grösse, Härte und Schmerzhaftigkeit erfolgt wieder die Darreichung einer Gabe Colomel 0,12.

März 24. Der Tumor, der ringsum von einem harten Wall umgeben ist, fühlt sich in der Mitte, wo auch seine höchste Höhe ist, etwas weicher an, daselbst ist auch undeutliche Fluctuation fühlbar; indess ist der Percussionsschall gerade auf der höchsten Höhe der Geschwulst voll tympanitisch, während er nach den Seiten zu mehr leer tympanitisch wird. Der Tumor wird mit Jodtinctur bepinselt.

März 29. Patient befindet sich in bester Reconvalescenz, der Appetit ist ausgezeichnet, der Stuhlgang immer spontan regelmässig, der Tumor fängt an, sich zu verkleinern und abzuflachen, die Fluctuation auf dessen Höhe ist kaum mehr fühlbar.

April 5. Die Härte in der Ileocoecalgegend wird immer flacher und ist auf Druck kaum noch schmerzhaft. Alle Körperfunctionen gehen in normaler Weise von Statten.

April 10. Patient steht auf, er hat binnen 8 Tagen 6 Pfund an Körpergewicht zugenommen.

April 12. Auf seinen Wunsch wird Patient heute entlassen; die Härte in der Ileocoecalgegend ist noch vorhanden, beim Drucke und bei Bewegungen hat Patient nicht die geringsten Beschwerden.

Am 30. April stellte sich Patient in der ambulatorischen Klinik wieder vor, da er über erneute Beschwerden zu klagen hatte; schon bei äusserlicher Betastung war ein bedeutender Tumor in der Ileocoecalgegend zu fühlen und es wird ihm daher gerathen, ins Hospital zurückzukommen.

Mai 1. Patient sieht wieder bleicher und elender aus, als er entlassen wurde, sein Körpergewicht hat

seit seiner Entlassung über 9 Pfund abgenommen. In den sämmtlichen Körperfunctinonen ist keine Abnormität eingetreten. Appetit ist gut, Stuhlgang regelmässig, Patient klagt nur über einen schmerzhaften Druck im Leibe. Die Athmung geschieht regelmässig mit Thorax und Bauch; die Adspection schon zeigt eine bedeutende Hervorwölbung in der Ileocoecalgegend, welche in der Mitte hoch, nach den Seiten zu stark abfällt; die Palpation ergiebt eine gleichmässige Härte des Tumors, nur auf seiner höchsten Höhe ist undeutliche Fluctuation fühlbar, wo die Percussion nicht mehr wie früher tympanitischen, sondern jetzt leeren Schall ergiebt. Dieser steil abfallende harte, auf Druck etwas empfindliche Tumor lässt sich nach links fast bis zur Mittellinie, nach unten nicht ganz bis zur Spina il. ant. sup. nach oben etwa zwei Finger breit unter den Rippenbogen, nach aussen nicht über eine von der Spina il. aut. sup. senkrecht nach oben gezogene Linie verfolgen. Patient muss sich zu Bett legen, die Geschwulst wird mit Fett eingerieben und mit Watte bedeckt.

Mai 4. An den harten Rand der Geschwulst werden heute zwei Blutigel applicirt, sonst beobachtet Patient nur absolute Bettruhe, der Appetit und Stuhlgang ist immer in Ordnung.

Mai 13. Das Körpergewicht des Patienten ist um drei Pfund vermehrt, das Allgemeinbefinden ist gut, Fieber niemals vorhanden. Die Geschwulst ist flacher, weniger prominirend geworden, die weiche Stelle in der Mitte hat sich nach oben wie unten ausgedehnt, fluctuirt deutlicher, ist auf Druck schmerzhafter wie früher, zeigt immer leeren Percussionschall, Röthung ist noch nirgends vorhanden. Es werden jetzt Breiumschläge auf den Tumor gelegt.

Mai 19. Die am deutlichsten fluctuirende Stelle befindet sich jetzt an der oberen Grenze des Tumors nahe dem Rippenbogen; daselbst wölbt sich auf dem grossen Tumor ein kleinerer, etwa 1 Gulden grosser, weicher fluctuirender Tumor empor, der sehr schmerzhaft ist und bereits sich zu röthen anfängt. Patient verweigert jede Operation mit dem Messer.

Mai 23. Die Bedachungen über der am meisten fluctuirenden Stelle werden immer dünner, die Haut immer röther, übrigens zeigen sich auch nach abwärts auf dem Tumor mehrere deutlich fluctuirende in einander fliessende, aber wenig hervorragende Stellen, über welchen die Haut auch beginnt roth zu werden und welche gleichfalls auf die leiseste Berührung lebhafte Schmerzensäusserungen veranlassen. Trotzdem bleibt Patient dabei fieberfrei, hat guten Appetit und regelmässigen Stuhlgang.

Mai 25. Nachdem sich die fluctuirende Stelle an der oberen Grenze des Tumors noch mehr zugespitzt hat, die Bedeckungen darüber immer dünner und rother geworden sind, wird heute durch eine Incision mit der Lancette eine mehr als Tassenkopf betragende Menge gut aussehenden, aber übel riechenden Eiters entleert und in die Oeffnung eine Wieke eingelegt. Bei der nach etwa zwei Stunden erfolgten Wechselung der Wieke entleerte sich spontan und durch Husten angeregt wieder eine gleiche Quantität dünneren aber weniger stinkenden Eiters.

Mai 30. Did Eiterabsonderung wird immer geringer, der Tumor verkleinert sich von Tage zu Tage, die Schmerzhaftigkeit auf Druck ist noch sehr gering, die Incisionsöffnung wird durch Einlegung der Wieke immer gehörig offen gehalten, die Haut über den Tumor wird mit Jod bepinselt.

Juni 10. Der Tumor ist mit dem Auge bereits nicht mehr zu erkennen und lässt sich nur durch eine flache diffuse Härte, welche sich auf einen 2—3□" beschränkten Rande unterhalb des rechten Hypochondriums erstreckt, noch diagnosticiren. Auf Druck ist nirgends mehr schmerzhafte Empfindung vorhanden; aus der schon in der Heilung begriffenen Incisionsstelle lässt sich im Laufe eines Tages nur mit Mühe etwa ein Esslöffel voll heller klarer Flüssigkeit ausdrücken.

Juni 18. Das Körpergewicht hat um 9 Pfund zugenommen.

Juni 20. Da Patient das Liegen überdrüssig bekommt, die Erlaubniss zum Aufstehen aber nicht erhält, zieht er es vor, das Hospital heimlich zu verlassen.

Nach späterer Aussage des Patienten ist die Wunde bald nach dem Verlassen des Hospitals geheilt, der Tumor allmälig vollständig geschwunden; jetzt fungirt er wieder hier in Göttingen als Barbier, hat nie wieder Schmerzen in jener Gegend gehabt, sondern sich stets einer ungestörten Gesundheit erfreut. Die Palpation und Inspection ergiebt nichts Anomales.

Was nun die Atiologie der Abscesse in der regio ileococcalis betrifft, jenem Raume, der nach oben durch die crista ossis ilei, nach unten durch die hintere Wand des Poupartschen Bandes und nach innen durch eine imaginäre Linie begrenzt wird, die man sich vom angulus sacro-vertebralis zur spina ossis pubis gezogen denkt (*Velpeau*), so nimmt *Bamberger* (Krankheiten des Darmcanals) die Entzündung des Coecum, die Entzündung des wurmförmigen Anhanges, nebst der beide begleitenden umschriebenen Peritonitis und die Entzündung des Zellgewebes der

fascia iliaca, durch welches der hintere nicht vom Peritoneum bekleidete Umfang des Blinddarmes an jene fixirt ist, namentlich als veranlassende Krankheitsformen an.

Die Entzündung des Blinddarmes, die man auch gemeinhin typhlitis stercoralis nennt, verdankt namentlich der Stagnation und Anhäufung von Faecalmassen im Coecum ihre Entstehung. Schon im normalen Zustande geht die Bewegung der faeces im Coecum langsamer von Statten, ein Uebelstand, der noch durch verschiedene Ursachen verschlimmert wird. So haben mangelnde und geringe Bewegung des Darms, sitzende Lebensweise, der Genuss unverdaulicher Dinge wie Kerne von Kirschen, Pflaumen, Johannisbeeren, die Hülsen der Leguminosen, kleine Knochenstückchen etc. eine Anhäufung zur Folge. Auch der Druck enger Kleidungsstücke auf das Colon transversum, zumal bei Frauen, kann die Faecalstauung im Coecum befördern, noch mehr eine etwa vorhandene Schwangerschaft, eine Strictur oder Compression des Colon durch etwa vorhandene Geschwülste im Unterlerleibe (*Henoch*, Unterleibskrankheiten). Ferner soll nach *Rokitansky* eine rheumatische Affection der Muskelhaut des Darmes häufig die Veranlassung zur Ansammlung von Fäcalmassen im Blinddarm und der dadurch bedingten Entzündung sein, welcher Ansicht allerdings *Bamberger* nicht beipflichtet, da man schon allein in den anatomischen Verhältnissen des Blinddarms eine vollkommen ausreichende Erklärung für die Ansammlung und Zurückhaltung excrementieller Stoffe finde. Durch die Stagnation dieser Stoffe wird nun ursprünglich eine acute Entzündung im Blinddarm veranlasst, die gewöhnlich recidivirt und zu chronischer Entzündung und ulceröser Destruction entartet, worauf dann

mehr oder weniger rasch eine ein- oder mehrfache Perforation, besonders im hintern Umfang des Coecum erfolgt, und sich umfängliche, den Darminhalt aufnehmende tympanitische Jauchheerde in der Darm- und Lenden-Gegend bilden (*Rokitansky*, path. Anat.) Eine weitere Ursache zur Typhlitis des Coecum mit Perforation geben nicht selten dysenterische, tuberculöse und typhöse Geschwüre daselbst, in selteneren Fällen sogar einfache catarrhalische Verschwärung von Darmfollikeln, an denen das Coecum sehr reich ist.

Weit häufiger nun als die typhlitis des Coecum bedingt die Entzündung des processus vermiformis exsudative Processe in der regio ileocoecalis.

Es scheint von der Natur fast grausam angelegt, dass ein so untergeordnetes Organ wie der Wurmfortsatz, dessen Bedeutung man gar nicht kennt, der vielleicht ganz überflüssig in seiner Existenz ist, dennoch so oft Veranlassung zu einer so ernsten und gefährlichen Erkrankung wird. Namentlich sind es Kothconcremente oder Concremente, durch Niederschläge von Kalksalzen aus dem blennorrhoischen Sekrete der Schleimhaut des Wurmfortsatzes gebildet, welche nach längerem Verweilen im proc. vermiformis und nachdem sie verschiedene Metamorphosen erlitten, eingetrocknet sind als fremde Körper die Schleimhaut reizen, zur Ulceration führen und nach der Bauchhöhle hin durchbrechen; ein umschriebenes paritonitisches Exsudat ist die erste Folge. Nach *Volz* soll, wenn das Coecum mit weichen Kothmassen angefüllt ist und die klappenartige Anwulstung der Schleimhaut die Mündung des Wurmfortsatzes nur unvollständig verschliesst, bei ungleichmässiger Contraction des Coecum etwas weicher Koth in die Höhle des Wurmfortsatzes

eindringen. Der ursprünglich weiche oder breiige Koth wird durch Resorption der flüssigen Theile und durch eine peristaltische Bewegung des Darmanhangs in einzelne kleine Würstchen oder ovale Körperchen geformt. Werden dieselben nicht bald wieder in das Coecum zurückgetrieben, so nehmen sie an Volumen zu, indem sich aus den Bestandtheilen der faeces erdige und kothige Schichten über sie als einen Kern concentrisch anlagern Die Wandungen des Wurmfortsatzes werden durch die wachsenden Concremente immer mehr ausgedehnt, der Rücktritt derselben dadurch erschwert, während der Eintritt von neuen Portionen dünnflüssigen Kothes weniger Hinderniss findet. Nach *Gerlach* soll ausserdem der von ihm zuerst beschriebene klappenartige Wulst am Eingange des proc. vermiformis die Zurückhaltung fremder Massen befördern. — Seltener als Kothconcremente geben andere in den proc vermiformis hineingerathene Dinge, wie Kirschkerne, Bohnen, Melonenkerne, Senf- und Mohnkerne Veranlassung zu ulcerösen Processen und nach Durchbohrung desselben zu peritonitischen Exsudaten.

Volz nimmt freilich an, dass nur ganz kleine Samenkerne, wie Senf- und Mohnsamen hineingelangen können, denn es sei nicht denkbar, dass ein Kern oder Stein von der Grösse, dass er durch Ausdehnung der Wandungen des Wurmfortsatzes sich fast in denselben einkeilt, durch die enge Mündung desselben hätte eindringen können. Diese Ansicht ist indess widerlegt, denn es lassen sich neu beobachtete Fälle für das Vorkommen von grösseren Obstkernen im proc. vermiformis anführen. So fand *Clauss* (Inaug.-Diss. über spontane Darmperforationen, Zürich 1856) Bohnen und einen Apfelkern in demselben, in einem anderen Falle sah *Cless* einen ganz frisch aussehenden

Fruchtkern den Kern eines Concrements bilden; bei der Sektion eines in der Göttinger Klinik an Peritonitis in Folge von Durchbohrung des proc. vermiformis Verstorbenen sah ich in dem ausgetretenen Extravasat einen Kirschkern. — Schliesslich führen noch ausser den durch mechanische Veranlassung entstandenen ulcerösen Processen des proc. vermif. pathologische Verschwärungen der Drüsen desselben zur Durchbohrung und Exsudationen.

So kommt beim Typhus zumal in manchen Epidemien die Perforation des Wurmfortsatzes vor, wobei die Drüsen der Sitz intensiver Erkrankung sind; ganz dieselben Folgen hat man bei Dysenterien beobachtet, auch reichliche Tuberkelbildung mit ausgebreiteter Ulceration im proc. vermif. ist vorgefunden: pathologische Veränderungen, die sämmtlich exsudative Processe in der regio ileocoecalis bedingen können.

Gedenken wir noch der Zellgewebsentzündung der regio ileocoecalis, welche nicht minder häufig Ursache von entzündlichen Schwellungen und Abscessen daselbst wird Freilich beobachten wir eine idiopatische Entstehung dieser Entzündung äusserst selten, um so häufiger entsteht sie secundär oder metastatisch durch fortgeleitete krankhafte Processe benachbarter Organe. Berücksichtigen wir nur die Ausbreitung des retroperitoncalen Bindegewebes, welches das Coecum an die fascia iliaca heftet, wie dasselbe nach aufwärts unmittelbar in das die Nieren umgebende Zellgewebe übergeht, nach abwärts mit jenem, welches um das rectum gelagert ist, zusammenhängt, wie es nach vorne zwischen das Peritoneum und den musculus transversus sich verfolgen lässt, nach einwärts zu cellulöse Scheiden für die vasa spermatica und iliaca bildet und wie es nach abwärts in den canalis cruralis sich verlän-

gert, sich da theils an die hintere Fläche des lig. gimbernati und ileopubicum ausbreitet, theils sich in die fascia superficialis des Oberschenkels verliert, so wird leicht die häufige secundäre Erkrankung des hinter dem Coecum gelegenen Bindegewebes verständlich werden.

Schon die vorher erwähnte Entzündung und Ulceration des proc vermif. und coecum veranlassen nicht selten diese Zellgewebsentzündung und gehören gewiss die von Darmperforationen abhängigen retroperitonealen Eiterbildungen zu den gefährlichsten; auch nach Ruptur einzelner Psoasbündel durch plötzliche Anstrengung und Zerrung des umgebenden Bindegewebes hat man Abscesse in der Nähe des Blinddarms entstehen sehen. Ebenso sind nach rheumatischen Drüsenabscessen und nach eiternden Bubonen (*Velpeau*) in Folge von Krankheiten der prostata und Harnröhre, wie auch nach Entzündung des Saamenstrangs Abscessbildungen in dieser Gegend beobachtet. So theilt z. B. *Skokalsky* einen Fall mit, dass ein Mann durch eine Contraction des äusseren Leistenrings eine Entzündung des Saamenstrangs bekam, welche sich allmälig dem retroperitonealen Bindegewebe mittheilte und in Eiterung überging. Denselben Einfluss haben caries der Lendenwirbel, der Beckenknochen und der articulatio sacroiliaca auf das retroperitonealeBindegewebe; ferner puerpurale Processe, in denen durch Venen und Lymphgefässe septische Stoffe von Scheide und Uterus nach demselben gelangt sind; selbst entzündliche Processe in der Nähe der Nieren, Leber, Milz, Ovarien, der Mesenterialdrüsen können sich nach dem Zellgewebe des Blinddarms fortpflanzen.

Von nicht minderem Interesse ist es nun, die Ausgänge perityphilitischer Abscesse, ihre Wege, die sie

sich machen, näher zu verfolgen. Man denke nur an die Ausbreitung des retroperitonealen Bindegewebes, an seine Verbindung mit den verschiedensten Organen des Bauches und Beckens, an die mannigfachen Oeffnungen des letzteren, leicht werden dann die oft sonderbarsten Ausgänge, wie sie in der Literatur verzeichnet sind, verständlich sein. Berücksichtigen wir ausserdem noch die Beweglichkeit, die bisweilen veränderte Lagerung des Coecum und namentlich des processus vermiformis nach links, wie sie nach Zerrungen und Schrumpfungen des Peritoneum vorkommen, bedenken wir, dass der processus vermiformis sich nach oben umschlagen, Verwachsungen mit dem Coecum, mit dem Dünndarm eingehen kann, nach unten bis ins kleine Becken verlängert, selbst im Bruchsacke vorgefunden ist, stets wird man bei Tumoren der Becken- und Bauchgegend an perityphlitische Abscesse denken müssen.

Entweder können diese Eiterheerde, die häufig die Grösse einer Mannesfaust und darüber erreichen, unter günstigen Umständen durch Resorption ihres Inhalts mit theilweiser Eindickung und Organisirung desselben allmälig sich verkleinern, endlich vollkommen schliessen und mit Hinterlassung einer festen Verwachsung heilen oder ihre Wandungen werden in den Ulcerationspromit hineingezogen, erweicht, perforirt und ihr Inhalt wird unter den ungünstigsten Umständen in die Bauchhöhle mit nachfolgender lethal verlaufender Peritonitis oder in die den Abscessen nahe gelegenen Organe oder nach Perforation der Bauchwandungen durch diese hindurch nach aussen entleert.

Die eigentlichen perityphlitischen Abscesse, die ursprünglich im retroperitonealen Bindegegebe liegen, folgen gewöhnlich dem Verlaufe des letzteren, in den meisten Fällen kommen sie dem Gesetze der Schwere

folgend über oder unmittelbar unter dem Poupart'schen Bande zum Vorschein; fast ebenso häufig localisiren sie sich oberhalb der crista ossii ilei. Seltener nehmen sie ihren Weg bis in die Nieren- nnd Lebergegend, ja selbst bis in die Brusthöhle nach Durchbruch durch's Zwerchfell. *Volz* erzählt hierfür einen caracteristischen Fall (pag. 12), in welchem die Sektion eine Verjauchung der Bauchmuskeln der regio ileocoecalis und der unteren Fläche des rechten Zwerchfells ergab; das Diaphragma war an dieser Stelle perforirt, so dass die Bauchhöhle und der rechte Pleurasack mit einander communicirten. In der rechten Brusthöhle fand sich ein eitriges Exsudat, ausgehend von der perforirten Stelle im Zwerchfell. Der Herzbeutel enthielt ¾ Schoppen gelblichen Eiters. Pleuritis und Pericorditis waren die Folge des Eiterdurchbruchs gewesen.

Auch *Henoch* (Unterleibskrankheiten, pag. 457) führt einen solchen Fall an, der von *Abercrombie* beobachtet wurde; hier zeigte sich zwischen dem Zwerchfell und der oberen Fläche der Leber eine von Pseudomembranen umschlossene, mit grossen Massen dünnen stinkenden Eiters angefüllte Höhle. Die rechte Lunge adhärirt fest am Zwerchfell und letzteres war von einem kleinen Loche perforirt, durch welches der Abscessinhalt reichlich in die Lunge und Bronchien getreten war. Die Kranke ging dyspnoisch zu Grunde.

Ferner können sie die unter dem Zellgewebe liegenden Muskeln iliacus, psoas, quadratus lumborum nach Durchbrnch der fascia iliaca vereitern und die darin verlaufenden Gefässe und Nerven zerstören, wenngleich letztere sich ziemlich lange Zeit intact erhalten. *Volz* führt mehrere derartige Fälle an (pag. 45): bei der Sektion fanden sich mehrere ziemlich feste Verwachsungen, welche das Netz mit dem Coecum und

der vorderen Bauchwand verbanden. Die musc. proas, iliacus, quadr. lumb. und der untere Theil des transversus waren schwärzlich erweicht, ihre Fasern getrennt durch die Eiterung. In einem anderen Falle waren die Bauch-, Brust- und Rückenmuskeln rechterseits bis zum Schulterblatt hinauf in eine faulige Jauche verwandelt, der musc. quadr. lumb. war durchbohrt und dadurch eine Communication dieser Eiterhöhle mit den Rückenmuskeln gebildet.

Denselben Verlauf haben auch die intraperitonealen Abscesse, wenn sie nämlich das Peritoneum durchbohren und ins Zellgewebe gelangen. Gewöhnlich finden sich dann zwei Eiterhöhlen, die durch eine kleinere oder grössere Oeffnung mit einander communiciren. *Volz* erwähnt pag. 33 einen derartigen Fall den *Grisolle* beobachtet hat. Man fand bei der Sektion einen Eiterheerd vom Coecum, Netz und Schlingen der dünnen Gedärme umgeben, als in der Peritonealhöhle gebildet; von dieser Höhle gelangte man durch eine Oeffnung von der Grösse einer Daumenspitze in einen neuen Eiterheerd, welcher das nämliche enthielt wie der erste, derselbe drängte coecum und colon zur Seite und reichte beinahe bis zum unteren Rand der rechten Niere.

Bemerkenswerth und wichtig sind noch die Durchbrüche sowohl der intra- als retroperitonealen Abscesse in die Hohlorgane der Bauchhöhle: in den Uterus, Scheide, Harnblase, Darm etc., die mit mehr oder weniger Gefahren verknüpft sind. Am günstigsten verlaufen wohl die Fälle, in denen der Abscess sich in den unteren Theil des Darms entleert hat, findet mehr im oberen Theil desselben die Entleerung statt, wird die Ernährung beeinträchtigt. *Grisolle* erwähnt mehrere Fälle von Durchbrüchen in den Mastdarm und Harnblase und bemerkt zugleich, dass die Entleerung des

Eiters ganz allmälig vor sich gehen könne; man solle daher eine tägliche genauere Untersuchung mit der Flüssigkeit vornehmen, weil man sonst leicht eine spontane Zertheilung in Fällen annehmen könnte, wo dennoch eine Communication der Abscesse mit dem Mastdarm oder der Blase bestände. Auch *Tüngel* sah bei einem Kranken mit dem Stuhlgang eine weisse, emulsionsartige Flüssigkeit abgehen, in der man durch das Mikroscop Eiterzellen nachwies; die Geschwulst in der Coecalgegend verlor sich allmälig (Klin. Mitth. Hamb. 1860, p. 116). Vor ungefähr zwei Jahren lag in der hiesigen Klinik ein an Perityphlitis erkrankter Student; in der regio ileocoecalis wurde ein Tumor fühlbar, der in den Darm perforirte und sich theils entleerte. Die Oeffnung schloss sich indess nach einiger Zeit wieder und der Tumor wurde jetzt über dem Poupart'schen Bande palpabel, wo er sich zum zweiten Male eröffnete und vollends entleert wurde. Vollständige Genesung erfolgte.

Zu grossen Seltenheiten gehören jedenfalls die von *Rostan* erwähnten Fälle, in denen die Abscesse sich in die vena cava eröffnet hatten (Gaz. des hôp. 1845. Nr. 49 u. 56), auch der von *Aubry* beobachtete Fall, wo sich der Eiter durch die krankhaft veränderten Beckenknochen einen Weg in das acetabulum des Hüftgelenks bahnte; fast eben so selten entsteht durch Verbreitung der Entzündung auf benachbarte Venen Phlebitis und tödtliche Pyämie. *Breithaupt* berichtet (Pr. Vereinszeit. 47. 1851), wie eine Phlebitis aus einem Entzündungsheerde in der Umgebung des proc. vermif. ihren Ursprung genommen hatte. *Bamberger* erwähnt einen selten beobachteten Fall, wo ein Abscess kleinere Gefässe arrodirte, worauf eine tödtliche Blutung in den Bauchfellraum erfolgte.

Um nun diese Abscesse möglichst schnell zur Heilung zu bringen, wird, falls noch die Resorption derselben sich erwarten lässt, die Application von Blutegeln, die Einreibung der grauen Salbe, Bepinselung mit Jodtinctur, feuchte Wärme und namentliche Ruhe zu empfehlen sein, wie auch in meinem angeführten Fall verfahren wurde. Der Kranke soll nicht eher seinen gewöhnlichen Beschäftigungen nachgehen, als bis der Tumor vollständig geschwunden ist, denn durch allzu frühe Bewegung wird leicht eine Exacerbation in dem noch nicht vollständig abgelaufenen Process eintreten können. Wird hierdurch die Resorption nicht bewirkt und nährt sich der Abscess mehr der Oberfläche, so wird man durch warme Cataplasmen die Eiterbildung zu befördern suchen.

Nach *Volz* soll man die nach aussen sich wölbende Stelle durch Kataplasmen erweichen und sobald wie möglich durch einen Einstich den Eiter entleeren. Nach *Henoch* ist die Oeffnung des Geschwulst nur in ganz unzweifelhaften Fällen, bei evidenter Fluctuation, wenn der Ausbruch nach aussen bevorsteht, zu empfehlen, da sonst leicht eine Verletzuug des Peritoneum oder selbst anliegender Darmschlingen möglich wäre. Diese letztere Behandlungsweise kann entschieden gefährlich werden, da durch allzu langes Warten mit Eröffnen des Abscesses möglicher Weise ein Durchbruch desselben nach der Bauchhöhe erfolgen kann. Manche geben daher, indem sie zugleich der Gefahr einer allzu frühen Eröffnung aus dem Wege gehen, der Aetzpaste den Vorzug, um einen allmäligen, aber doch schnelleren, als durch die Natur bewirkten Durchbruch des Eiters nach aussen zu veranlassen. Bilden sich durch Senkung des Eiters Abscesse in der Nähe der Scheide und Mastdarms oder haben sie sich nach oben hin verbreitet in der Nähe der Nieren, Leber etc., überall wird man,

wo einigermassen deutliche Fluctuation zu fühlen ist, eine Incision machen dürfen. Hat man einen Einschnit gemacht und kommt kein Eiter zum Vorschein, so dringe man mit dem Finger, der Sonde oder Kornzange in die Tiefe und suche den Abscess auf, um ihn dann vollends zu eröffnen. In diesem Falle ist auch der Probetroicart mit Nutzen einzustechen: man wird, falls sich Eiter entleert, die Oeffnung erweitern und eine elastische Röhre mit grösserem Durchmesser hineinlegen. Ist die Eröffnung eines oberflächlich gelegenen Abscesses erfolgt, so ist es gerathen, durch eine Wieke denselben noch eine Zeit lang offen zu halten, damit der Eiter vollständig entleert werde; gleichzeitig die Resorbtion resorbirbarer Bestandtheile des Exsudats durch Bepinselung mit Jodtinctur anzuregen, wird nützlich sein. Verzögert sich nach vollständiger Eutleerung die Verwachsung der Abscesswandungen, so kann man reizende Einspritzungen machen, sei jedoch damit vorsichtig, da sie bisweilen zur Perforation des Bauchfelles Veranlassung gaben (*Marchal de Calvi*, nach *Henoch*, Unterleihskrankheiten). Die noch bleibende Vereiterung grösserer Muskelpartien, verbunden mit Zufällen der Consumtion, erfordert keine andere Behandlung, als diejenige, welche man im Allgemeinen bei derartiger Vereiterung und Consumtionszustande für die geeignete hält. (*Volz*, pag. 107.)

CURRICULUM VITAE.

Verfasser, evangelischer Confession, Sohn des Mediciralrath Fromme zu Münder, wurde am 11. September 1847 in Münder geboren. Seine erste Schulbildung erhielt derselbe daselbst bis zum 14. Jahre. 1861 wurde er in die Tertia des Gymnasiums zu Celle aufgenommen und bestand daselbst Ostern 1867 sein Maturitätsexamen. Von jetzt an besuchte er zuerst die Universität Göttingen, um Medicin zu studiren, bis 1868, dann bezog er die Universität Berlin bis Ostern 1869 und kehrte nach Göttingen zurück. Hier bestand er im Mai 1869 das tentamen physicum. Bei Ausbruch des Krieges 1870 gegen Frankreich wurde er als Unterarzt angestellt und war in Epernay bei dortigen Lazarethen beschäftigt; im Mai 1871 kehrte er nach Göttingen zurück, um sein Studium fortzusetzen. Während seiner Studienzeit genoss er den Unterricht folgender Lehrer: *Henle*, *Bartling*, *Ehlers*, *Reichert*, *du Bois-Reymond*, *Schneider*, *Hasse*, *Baum*, *Schwartz*, *Meissner*, *Krause*, *Meyer*, *Marmé*, *Marx*, *Schweigger*, *Leber*.